Universidad Veracruzana
Facultad de Odontología
Xalapa

Solicitud de **ALTA** de Experiencia Educativa (EE)
Periodo 202451: febrero - julio 2024
Facultad de Odontología Región Xalapa

Fecha: / 02 / 2024

MSP. Alicia Martínez Flores

Secretaria Académica

PRESENTE:

El (la) que suscribe_____ con matrícula_____ alumno(a) del programa educativo de Cirujano Dentista, solicito dar de **ALTA** la (s) siguiente(s) experiencia(s) educativa(s).

NRC	**Nombre EE**	**Inscripción**		**No. de créditos inscritos en la IL**
		1ª.	2ª.	

_____

Firma del Alumno(a)

_____

Nombre y Firma del Tutor (a)

_____

Nombre y Firma de no inconveniente del Docente (Titular)
En caso de estar vacante la EE omitir este dato.

No. de celular: Correo electrónico:

Médicos y Odontólogos s/n Col. Unidad del Bosque C.P. 91010 Xalapa de Enríquez Veracruz, México
Teléfonos 8153532. 8421700 Exts. 16121 y 16124
Fax 8153532